

Głowaczowa, dnia

**POTWIERDZENIE WOLI
PRZYJĘCIA DZIECKA DO KLASY I
W ROKU SZKOLNYM 20...../20.....**

Potwierdzamy wolę przyjęcia dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

numer PESEL (dziecka) do klasy I Publicznej Szkoły
Podstawowej im. Jana Pawła II w Głowaczowej, do której zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

.....
podpis matki /prawnego opiekuna*

.....
podpis ojca/prawnego opiekuna*

DECYZJA DYREKTORA O PRZYJĘCIU / ODMOWIE PRZYJĘCIA DZIECKA*

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do klasy
pierwszej przez rodziców / prawnych opiekunów*. Dziecko
(imię i nazwisko)

zostaje przyjęte / nie zostaje przyjęte* do klasy pierwszej Publicznej Szkoły Podstawowej im. Jana
Pawła II w Głowaczowej na rok szkolny 20...../20.....

Uzasadnienie odmowy przyjęcia dziecka

.....
.....

Głowaczowa,

.....
(pieczęć i podpis dyrektora)

**niepotrzebne skreślić*